

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Lp.	Nazwa czynności ²	Wynik ³⁾
1.	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 - nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 - przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 - potrzebuje pomocy słownej lub mniejszej pomocy fizycznej 15 - samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej 0 - potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny (nie korzysta w ogóle z toalety) 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny w zdejmowaniu oraz zakładaniu części garderoby, podcieraniu się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 - zależny 5 - niezależny	

6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku: wliczając zakręty > 50 m 10 – spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, w zawiązywaniu sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁴⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

.....

.....

.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

1) niepotrzebne skreślić
2) należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
3) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
4) należy wpisać uzyskaną sumę punktów